

ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA)

Nombre de la Práctica: _____

ACUSE DE RECIBO

Reconozco que se me ha proporcionado una copia del **Aviso de Prácticas de Privacidad**, el cual describe cómo mi información médica y/o dental puede ser utilizada y divulgada, y cómo puedo acceder a mi información.

Entiendo que:

- El Aviso explica mis derechos conforme a la **Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA)** y la ley estatal aplicable;
- El Aviso describe las obligaciones legales y las prácticas de privacidad de la práctica con respecto a mi información de salud protegida (PHI);
- Puedo solicitar una copia impresa del Aviso en cualquier momento, incluso si anteriormente acepté recibirlo electrónicamente.

Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad **no es un consentimiento ni una autorización** para usar o divulgar mi información de salud, sino un acuse de recibo de que he recibido el Aviso.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente (en letra de molde): _____

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

REPRESENTANTE LEGAL (SI APLICA)

Si este documento es firmado por un representante personal (por ejemplo, padre/madre, tutor legal, poder legal):

Nombre del Representante: _____

Relación con el Paciente: _____

Firma del Representante: _____

Fecha: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA — DOCUMENTACIÓN DEL ESFUERZO DE BUENA FE

(Requerido si no se obtiene el acuse de recibo)

☐ El paciente se negó a firmar el acuse de recibo

☐ El paciente no pudo firmar el acuse de recibo

Motivo (si se conoce): _____

Nombre del Empleado (en letra de molde): _____

Firma del Empleado: _____

Fecha: _____

AVISO IMPORTANTE

La práctica **no tomará represalias** contra ninguna persona por negarse a firmar este acuse de recibo ni por ejercer cualquier derecho conforme a HIPAA o la ley estatal aplicable.